1871
Lane Medical Library

71 eingeklemmte Leisten- und Schenkelhernien.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

bei der medicinischen Facultät zu Bonn,

eingereicht und am 29. Dezember 1871 mit Thesen vertheidigt

von

Ernst Fischer.

Opponenten:

Fr. Cramer, Dr. med.
Wilh. Herr, Dr. med.
von Hoffmann, Dr. med.

Bonn,
Druck von J. F. Carthaus.

Meinem lieben Onkel.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153709_0096

Im Verlaufe der Herbstferien dieses Jahres hatte ich Gelegenheit, in dem Bürgerhospitale zu Cöln zwei Fälle von Hernia femoralis incarcerata zu sehn, welche beide zu anus praeternaturalis führten, der eine mit günstigem, der andre mit ungünstigem Ausgange. Dies brachte mich zu dem Entschluss, die Resultate einer grösseren Anzahl incarcerirter Hernien zu vergleichen, die in obigem Hospitale vorgekommen sind. Das Material besteht in 71 Leisten- und Schenkelhernien aus den Jahren 1864—1871.

71 incarcerirte Leisten- und Schenkelhernien.

Leistenhernien 22

reponirt 12				operirt 10			
Männl. Geschl. 12		Weibl. Geschl.		Männl. Geschl 6		Weibl. Geschl. 4	
rechtss. 7	linkss. 5			rechtss. 5	linkss. 1	rechtss. 4	linkss. —
äussere 1	äussere 2			äussere 4			
unbestimmt 6	unbestimmt 3			gestorb. 3	gestorb. 1	gestorb. 2	
geheilt 12				gestorben 6		geheilt 4	

Schenkelhernien 49

reponirt 8				operirt 41			
Männl. Geschl. 1		Weibl. Geschl. 7		Männl. Geschl. 3		Weibl. Geschl. 38	
rechtss. —	linkss. 1	rechtss. 3	linkss. 4	rechtss. 3	linkss. —	rechtss. 10	linkss. 28
				gestorb. 2		gestorb. 4	gestorb. 5
geheilt 8				gestorben 11		geheilt 30	

12 Fälle von Reposition bei Hernia inguinalis incarcerata.

Nr.	Name	Alter in Jahren	Art des Bruches	Datum der Einklemmung	Datum der Aufnahme	Datum der Reposition	Datum der Entlassung
1	Wilhelm H.	21	h. ing. inc. dex.	13. 8. 65	—	14. 8. 65	15. 8. 65
2	Conrad W.	60	h. ing. inc. dex.	—	2. 7. 67	2. 7. 67	3. 7. 67
3	Mathias J.	27	h. ing. inc dex.	—	12. 9. 67	12. 9. 67	16. 9. 67
4	Carl F.	2	h. ing congen. sin. inc.	—	14. 1. 68	15. 1. 68	16. 1. 68
5	Friedr. M.	30	h. ing. sin inc.	—	22. 7. 68	—	24. 7. 68
6	Carl B.	60	h. ing. sin. inc.	14.12.68	—	14.12.68	10. 1. 69
7	August P.	9	h. ing. sin. ext. inc	13. 1. 69	15. 1. 69	16. 1. 69	20. 1. 69
8	Peter F.	76	h ing dex. inc.	24. 3. 69	27. 3. 69	—	11. 4. 69
9	Joseph S.	71	h. scrot. dex. ext. inc.	7. 2. 70	8. 2. 70	9. 2. 70	11. 2. 70
10	Wilhelm R.	67	h scrot dex.inc.	—	29. 6. 70	—	30. 6. 70
11	Johann L.	50	h scrot. dex inc.	—	13. 8. 70	—	16. 8. 70
12	Joseph B.	71	h. ing. sin. inc.	—	13. 6. 71	—	14. 6. 71

Unter den 12 eingeklemmten reponirten Leistenhernien befindet sich eine hernia congenita (Nro. 4). Die Reposition gelang im Bade nicht und musste wegen zu grosser Schmerzhaftigkeit nachher in der Narkose wiederholt werden.

Ausserdem geht aus zwei Fällen (Nro. 8 und 9) hervor, dass schon seit langer Zeit vor der Einklemmung eine hernia completa bestanden hat. Im Falle Nro. 8 litt der Patient schon lange an rechtsseitigem Leistenbruch, der zum Theil irreponibel war, sowie auch an hydrocele dextra. Am 24. 3. 69 schoss der Bruch kindskopfgross hervor. Es trat Erbrechen und Stuhlverstopfung ein. Leib schmerzhaft. Erst am 27. 3. 69 kommt er in's Spital. Er wird in ein warmes Bad gesetzt, aber die Repositionsversuche führen nicht zum Ziel. Die Geschwulst verkleinert sich zwar etwas, aber wenig. Wäre kurz nach diesen Taxisversuchen wieder Erbrechen eingetreten, so hätte sofort zur Operation geschritten werden müssen. Aber die Angabe des Kranken, dass der Bruch früher nie ganz zurückgegangen, liess darauf schliessen, dass die vorgefallenen Schlingen, welche die Einklemmung bewirkt hatten, doch am Ende reponirt seien. Und

so war es in der That. Die Symptome der Einklemmung nahmen ab. Am 28. 3. erfolgte auf ein Clystier Stuhlgang. Patient wurde jeden Tag in ein Bad gesetzt und musste selbst Repositionsversuche machen. Bis zum 9. 4. 69 gelang es ihm, den Scrotalbruch vollständig in die Bauchhöhle zurückzubringen. Darauf trat noch einmal heftiges Erbrechen, Schmerzhaftigkeit und Aufgetriebenheit des Leibes auf. Fomente von flor. chamomill. und ein Clystier verschaffen Linderung. Die Hydrocele wurde punktirt.

Im Falle Nro. 9 bestand schon seit Jahren ein doppelter äusserer Leistenbruch, der linke irreponibel, der rechte reponibel. Letzterer fiel am 7. 2. 70 vor, es traten sofort Einklemmungserscheinungen auf. Der Bruch fühlte sich hart an. Am 8. 2. gelang die Taxis nicht. Am 9. 2. trat wiederum Erbrechen auf; die wiederholte Taxis führte jetzt zum Ziel.

In den Fällen Nro. 1 und 7 war nach Angabe der Patienten früher kein Bruch vorhanden gewesen. Im ersteren Falle trat er ohne bekannte Veranlassung hervor und klemmte sich sofort ein. Im anderen, der einen neunjährigen Knaben betraf, kam er dadurch zu Stande, dass der Patient von seinem Lehrer über einen Stuhl gelegt und geprügelt wurde. Es trat ebenfalls sofortige Einklemmung auf. Die Reposition gelang im Bade.

Im Falle Nro. 6 kam der Bruch durch heftiges Drängen in Folge von Stuhlverstopfung zu Stande. Der Bruch schoss kindskopfgross hervor. Auch hier gelang die Reposition im Bade. Der Patient blieb so lange im Spitale, weil er ausser an einer Hernie noch an einem Carbunkel litt.

10 eingeklemmte operirte Leistenhernien.

Nr.	Name	Alter in Jahren	Art des Bruches	Datum der Einklemmung	Datum der Aufnahme	Datum der Operation	Datum des Abgangs
1	Ferdinand W.	52	h. scrot. dex. inc.	13. 8.65	14. 8.65	15. 8.65	13.10.65 geheilt
2	Gertrud P.	72	h. ing. dex. inc.	21.11.65	23.11.65	23.11.65	3. 1.66 geheilt
3	Carl R.	26	h. ing. sin. gangr.	—	27.12.65	27.12.65	30.12.65 gestorben
4	Margar. M.	48	h. ing. dext. inc.	—	2.10.66	2.10.66	3.10.66 gestorben
5	Sibille N.	32	h. ing. dex. inc.	—	27. 5.67	27. 5.67	2. 6.67 gestorben
6	Catharina K.	41	h. ing. dext. inc.	—	16. 7.67	16. 7.67	7. 9.67 geheilt
7	Albert V.	3	h. ing. congen. dex. inc.	23. 3.68	24. 3.68	26. 3.68	29. 3.68 gestorben
8	Michel K.	49	h. ing ext. dext. inc.	29. 5.68	31. 5.68	31. 5.68	7. 7.68 geheilt
9	Jacob F.	17	h. ing. ext. dex. inc.	17. 7.69	18. 7.69	18. 7.69	21. 7.69 gestorben
10	Johann K.	45	h. ing. ext. dext. inc.	22.10.69	24.10.69	24.10.69	26.10.69 gestorben

Die 10 Leistenhernien sind sämmtlich operirt mit Eröffnung des Bruchsacks. Unter den 10 Patienten befinden sich 4 weiblichen Geschlechts. Bei allen 4 war die Hernie rechterseits. Nur in einem Falle (Nro. 2) war mit Bestimmtheit schon lange Zeit ein Bruch vorhanden gewesen, der durch ein Bruchband zurückgehalten wurde. Veranlassung zur Einklemmung gab das Ablassen des Bruchbandes. Die Einklemmung bestand seit 2 Tagen. Patientin fieberte ziemlich lebhaft. Da die Reposition nicht zum Ziele führte, so wurde sofort zur Operation geschritten. Schnitt über die grösste Höhe der kleinen, eiförmigen, sehr schmerzhaften Geschwulst. Im Bruchsack befand sich ein kleines Stück Darm, wahrscheinlich nur eine Darmwand. Die Reposition ging nach dem Einschneiden der sehr engen Bruchpforte leicht von Statten. Die Heilung der 72jährigen Patientin vollendete sich in 41 Tagen.

Unter den 6 Fällen bei Patienten männlichen Ge-

schlechts befand sich eine hernia congenita (Nro. 7). Die Einklemmungserscheinungen des 3 Jahre alten Knaben bestanden seit 3 Tagen. 3 Tage nach der Operation trat der Tod ein.

Plötzliches Auftreten des Bruches fand in Fall Nro. 9 statt, und zwar in Folge starken Hebens. Die Einklemmung tritt sofort ein. Der Bruch hat Hühnereigrösse, die Haut über ihm ist sehr schmerzhaft. Die Operation findet nach vergeblichen Repositionsversuchen einen Tag nach der Einklemmung statt. Den Inhalt des Bruchsacks bildet ein Netzknoten, eine Darmschlinge und eine bedeutende Menge einer blutigen Flüssigkeit, die den Geruch von Fäces hatte. Das Netz wurde abgeschnitten und nach Erweiterung der Bruchpforte der Darm zurückgebracht. Aus der Bauchhöhle floss nach der Erweiterung der Bruchpforte eine bedeutende Menge seröser Flüssigkeit ab. Exitus lethalis am 3. Tage nach der Operation. Die Obduction ergab allgemeine Peritonitis. Die reponirte Dünndarmschlinge, welche S förmig verklebt war, zeigte an der eingeschnürten Stelle eine auffallend weisse Farbe, während sie im Uebrigen grünlich-gelbe Färbung und zahlreiche Suggillationen zeigte. Eine Perforation war nicht eingetreten, obwohl bei der Operation nach dem Anstechen des Bruchsacks mit der Nadel sich eine deutlich fäculent riechende Flüssigkeit ergoss.

In drei Fällen bestand die Hernie schon lange vor der Einklemmung; in einem derselben (Nr. 10) bereits 26 Jahre. Im Bruchsack fand sich dabei keine Flüssigkeit, sondern Netz und Darm vor. Der Fall war dadurch merkwürdig, dass sich im Verlaufe des Bruchsackhalses 3 Stricturen zeigten, nach deren Durchtrennung die durch Exsudat verklebten Darmschlingen entwirrt und ziemlich leicht reponirt werden konnten. Das vorliegende, schwarzrothe, am Grunde des Bruchsacks fest adhaerirende Netz wurde am annulus inguinalis externus abgeschnitten, dann auch am Grunde des Bruchsacks gelöst und entfernt. In der bluten-

den Netzwunde mussten 3 Arterien unterbunden werden. Bei der Section fand sich die eingeklemmt gewesene Dünndarmschlinge stark verklebt und an einer Stelle stark missfarbig. Ausserdem allgemeine Peritonitis mit Verklebung der Gedärme.

Der zweite schon lange bestehende Bruch (Nr. 1) zeigte im Bruchsack ein Stück Netz von der Grösse zweier Fäuste, darunter mehrere Dünndarmschlingen. Die Reposition der letzteren gelang nach zweimaliger Erweiterung der Bruchpforte.

Der Netzknoten wurde abgeschnitten. Am vierten Tage nach der Operation trat der erste Stuhlgang ein. Dieser Fall verlief fast fieberfrei, aber die Heilung nahm 59 Tage in Anspruch.

Der dritte schon mehrere Jahre bestehende Bruch (Nr. 8) zeigte im Bruchsack viel Flüssigkeit und eine Dünndarmschlinge. Das Débridement sowie die Reposition ging leicht. Der Fall verlief günstig und führte in 37 Tagen zur Heilung. Die höchste Temperatur war 38° und zwar am zweiten Tage nach der Operation.

Der tödtlich verlaufene Fall Nr. 33 führte wegen Gangraenescenz des Darmes zur Bildung eines anus praeternaturalis gleich bei der Operation; der Tod trat 3 Tage nach der Operation ein.

Betrachten wir die Zeitdaner, welche in den vier glücklich verlaufenen Fällen zur Heilung nöthig war, so ergibt sich für vier Fälle eine Gesammtzahl von 190 Tagen; die Durchschnittszahl wäre somit 47—48 Tage.

8 Fälle von Reposition bei Hernia femoralis incarcerata.

Nr.	Name	Alter in Jahren	Art des Bruches	Datum der Einklemmung	Datum der Aufnahme	Datum der Reposition	Datum der Entlassung
1	Magdalena K.	59	h. crur. sin. inc.	—	15. 3 64	—	18. 3. 64
2	Elise S.	44	h. crur. sin. inc.	22. 8 64	24. 8 64	24. 8. 64	29. 8. 64
3	Mathilde M.	51	h.crur dext.inc.	2. 3. 65	3 3. 65	3. 3. 65	5. 3. 65
4	Wilhelm O.	65	h crur. sin. inc.	13 5. 65	14 5. 65	14. 5. 65	23. 5. 65
5	Barbara S.	43	h.crur.dext.inc.	26.10.65	26.10 65	26.10.65	27 10 65
6	Anna B.	43	h. crur. sin. inc.	—	18.11 68	—	23 11.68
7	Maria A.	62	h.crur.dext.inc.	18 7. 69	23. 7. 69	—	7 9 69
8	Caroline B.	60	h.fem.dext. inc.	14. 1. 71	14. 1. 71	14. 1.71	22. 1. 71

Sämmtliche 8 Brüche bestanden schon längere Zeit vor der Einklemmung; seit mehreren Jahren in Nr. 1, 2, 3, 4, 5, 8; seit ½ Jahr in Nr. 7; seit 12 Tagen in Nr. 6. Veranlassung zur Einklemmung gab in zwei Fällen das Heben einer Last, in einem das Ablassen des Bruchbandes. In Nr. 4 und 7 blieb bei der Reposition Netz zurück, im ersteren Fall liess sich dieser Klumpen durch consequentes Baden erst am neunten Tage vollständig zurückbringen, im letzteren sogar erst in der siebenten Woche. In diesem Falle täuschte die Hernie eine Leistenhernie vor, indem sie sich von unten über das Poupart'sche Band herüber schlug. Die Reposition gelang ohne besondere Schwierigkeiten.

---

41 eingeklemmte operirte Schenkelhernien.

(Siehe umstehende Tabelle.)

Auch diese eingeklemmten Schenkelhernien wurden sämmtlich operirt mit Eröffnung des Bruchsacks, mit Ausnahme von Nr. 8. In diesem Falle war die Diagnose gestellt auf eine Omentocele cruralis dextra incarcerata Die Patientin hatte früher nie etwas von einem Bruche gespürt; sie bemerkte vor einiger Zeit in der rechten Leiste eine kleine Geschwulst, welche jedoch am andern Tage wieder verschwunden war. Am 10. 3. 65 fühlte sie schmerzhaftes Ziehen in derselben Gegend, und die kleine Geschwulst, welche vorlag, liess sich nicht zurückbringen. Es trat noch einmal dünner Stuhl ein, dann aber am 12. 3. Aufstossen, Uebelkeit, heftiger Schmerz in der rechten Leiste und mässiges Fieber. Der Leib war nicht aufgetrieben. Die Reposition der Geschwulst gelang nicht. Am 13. 3. wurde der Leib schmerzhaft, aufgetrieben, und es wurde zur Herniotomie geschritten. Nach Durchtrennung der Haut und einiger mit einander verklebten Schichten trat eine Geschwulst von der Grösse einer kleinen Baumnuss zu Tage; die dünne Bedeckung derselben wurde gespalten und es trat ein Fettklumpen in das Operationsfeld; derselbe wurde herausgeschnitten, aber

Nr.	Name	Alter in Jahr.	Art des Bruches	Datum der Einklemmung	Datum der Aufnahme
1	Catharina S.	64	h. crur. sin. inc.	28. 5. 64	29. 5. 64
2	Johanna M. St.	44	h. crur. sin. inc.	8. 8. 64	13. 8. 64
3	Pauline N.	49	h. crur. sin. inc.	—	30. 9. 64
4	Emilie K.	44	h. crur. sin. inc.	9. 10. 64	10. 10. 64
5	Wilhelm K.	65	h. crur. dext. inc.	20. 12. 64 Dauer	22. 12. 64
6	Elise R.	45	h. crur. dext. gangraenosa	8-10Tage	30. 12. 64
7	Catharina S.	64	h. crur. sin. inc.	13. 1. 65	16. 1. 65
8	Margarethe B.	54	h. crur. dext. inc.	10. 3. 65	12. 3. 65
9	Catharina F.	56	h. crur. dext. inc.	7. 4. 65	10. 4. 65
10	Gertrud J.	67	h. crur. sin. inc.	5. 5. 65	7. 5. 65
11	Christine St.	60	h. crur. sin. inc.	17. 10. 65	20. 10. 65
12	Christine F.	43	h. crur. sin. inc.	$^{12-13}/_{11}$ 65	14. 11. 65
13	Elisabeth Sch.	44	h. crur. sin. inc.	20. 2. 66	20. 2. 66
14	Anton D.	67	h. crur. dext. inc.	24. 3. 66	24. 3. 66
15	Maria M.	30	h. crur. sin. inc.	2. 11. 66	2. 11. 66
16	Anna B.	60	h. crur. sin. inc.	31. 10. 66	3. 11. 66
17	Agnes B.	45	h. crur. dext. inc.	7. 11. 66	8. 11. 66
18	Helene K.	69	h. crur. sin. inc.	16. 11. 66	19. 11. 66
19	Gertrud D.	66	h. crur. sin. inc.	—	20. 2. 67
20	Elise K.	59	h. crur. sin. inc.	—	17. 4. 67
21	Sophie J.	43	h. crur dext. inc.	14. 2. 68	17. 2. 68
22	Elise F.	72	h. crur. sin. inc.	27. 4. 68	28. 4. 68
23	Elise B.	45	h. crur. sin. inc.	16. 9. 68	18. 9. 68
24	Margar. Sch.	45	h. crur. sin. inc.	4. 10. 68 angeblich	9. 10. 68
25	Therese B.	75	h. crur. dext. gangraenosa	3. 10. 68	12. 10. 68
26	Magdalene M.	38	h. crur. sin. inc.	3. 9. 69	4. 9. 69
27	Elisabeth F.	40	h crur. sin. inc.	10. 9. 69	11. 9. 69
28	Carl Heinr. J.	60	h. fem. dext. inc.	23. 12. 69	25. 12. 69
29	Elise M.	64	h. crur. dext. inc.	—	10. 12. 69
30	Christine R.	32	h. crur. sin. inc.	3. 5. 70	6. 5. 70
31	Lucine P.	31	h. fem. sin. inc.	6. 5. 70	7. 5. 70
32	Anna O.	39	h. fem. dext. inc.	—	19. 7. 70
33	Catharina L.	45	h. fem. sin. inc.	30. 7. 70	3. 8. 70
34	Maria K.	44	h. crur. sin. inc.	13. 8. 70	15. 8. 70
35	Wilhelmine K.	53	h. crur. sin. inc.	30. 9. 70	30. 9. 70
36	Christine K.	49	h. fem. sin. gangraenosa	20. 12. 70	23. 12. 70
37	Anna R.	47	h. fem. dext. inc.	—	3. 1. 71
38	Elise D.	39	h. fem. sin. inc.	13. 3. 71	14. 3. 71
39	Margarethe R	78	h. crur. sin. inc.	22. 7. 71	23. 7. 71
40	Agnes Sch.	58	h. crur. sin. inc.	19. 9. 71	21. 9. 71
41	Henriette R.	51	h. fem. dext. inc.	17. 10. 71	22. 10. 71

Datum der Operation	Datum des Abganges	Bemerkungen
30. 5. 64	6. 6. 64	gestorben, anus praeternaturalis, h. crur. duplex.
13. 8. 64	1. 10. 64	geheilt, Dauer 49 Tage, h. crur. duplex.
—	27. 10. 64	geheilt, Dauer 27 Tage.
11 10 64	22. 11. 64	geheilt, Dauer 42 Tage.
23. 12. 64	25. 12. 64	gestorben, Perforation, ausserdem h. scrot. ext. dextra u. h scrot. sin. reponibilis
31. 12. 64	8. 1. 65	gestorben, anus praeternaturalis.
16. 1. 65	23. 2. 65	geheilt, Dauer 38 Tage, frischer Bruch.
13. 3. 65	18. 4. 65	geheilt, Dauer 36 Tage, hernia adiposa.
10. 4. 65	21. 5. 65	geheilt ,Dauer 41 Tage.
7. 5. 65	22. 5. 65	gestorben.
20. 10. 65	30. 11. 65	geheilt, Dauer 41 Tage
14. 11. 65	19. 12. 65	geheilt, Dauer 35 Tage, frischer Bruch.
21. 2. 66	11. 3 66	geheilt, Dauer 18 Tage.
25 3. 66	28. 4. 66	geheilt, Dauer 34 Tage.
3 11. 66	30. 11. 66	geheilt, Dauer 27 Tage.
3. 11. 66	24. 11. 66	geheilt, Dauer 21 Tage. 2 Einschnürungen über einander am Bruchsackhalse.
8. 11. 66	8. 12. 66	geheilt, Dauer 30 Tage.
19. 11. 66	23 12. 66	gestorben an Marasmus.
—	28. 4. 67	geheilt, Dauer 67 Tage.
17. 4 67	3. 5. 67	geheilt, Dauer 16 Tage.
17. 2. 68	2. 4. 68	geheilt, Dauer 45 Tage.
28. 4. 68	29. 4. 68	gestorben
18. 9. 68	15. 10. 68	geheilt, Dauer 27 Tage.
9. 10. 68	31. 10. 68	geheilt, Dauer 22 Tage.
12. 10. 68	16. 10 68	gestorben, anus praeternaturalis.
4. 9. 69	3. 10. 69	geheilt, Dauer 29 Tage.
12. 9. 69	29. 9. 69	geheilt, Dauer 17 Tage.
25. 12. 69	27. 12. 69	gestorben, allgemeine Peritonitis
—	24. 2. 70	geheilt, Dauer 76 Tage.
6. 5. 70	6. 5. 70	gestorben, Perforation.
7. 5 70	2. 6. 70	geheilt, Dauer 26 Tage, h. crur. duplex.
20. 7. 70	20. 8. 70	geheilt, Dauer 31 Tage.
3. 8. 70	10. 9. 70	geheilt, Dauer 38 Tage.
16. 8 70	4. 9. 70	geheilt, Dauer 19 Tage.
1. 10. 70	16. 10. 70	geheilt, Dauer 16 Tage.
23. 12. 70	13. 6. 71 s. sponte	geheilt, anus praeternaturalis.
—	5. 7. 71	gestorben, Peritonitis.
15. 3. 71	5. 4. 71	geheilt, Dauer 21 Tage.
—	18. 8. 71	geheilt, Dauer etwa 26 Tage.
21. 9. 71	5. 11. 71	geheilt, anus praeternaturalis.
22. 10. 71	27. 10. 71	gestorben, anus praeternaturalis.

eine Hernie fand sich nicht. Die Wunde wurde mit Charpie bedeckt; der Unterleib mit unguentum cinereum eingerieben. Desselben Abends klagte Patientin noch einmal über Krämpfe im Leibe; derselbe war mässig aufgetrieben. Dann aber ging die Heilung rasch von Statten.

Im Falle Nr. 14 sass auf der äusseren Fläche des Bruchsacks ein scharf begrenzter Fettklumpen, welcher nach Durchtrennung der Haut und zweier Hüllen durch die Wunde vorsprang. Mit den über ihm liegenden Hüllen war derselbe nicht verwachsen, woraus mit ziemlicher Sicherheit hervorgeht, dass in diesem Falle eine hernia adiposa vorher bestanden hat, welche zur Bildung der eigentlichen Hernie Veranlassung gab. Patient hatte seit drei Jahren in der linken Leistengegend eine haselnussgrosse Geschwulst, welche leicht reponirbar war. Dieselbe sprang beim Heben einer Last plötzlich hervor, worauf sich Einklemmung einstellte. Besagter Fettklumpen wurde von seiner unterliegenden Hülle vorsichtig lospräparirt, dann wurde die Hülle gespalten und erwies sich als Bruchsack. In demselben lag eine Darmschlinge.

Die Punction des freigelegten Bruchsacks wurde in 8 Fällen gemacht; dabei entleerte sich eine ziemliche Menge Bruchwasser von klarer, zuweilen etwas blutiger Beschaffenheit. In den übrigen Fällen liess sich der Bruchsack zu einer Falte erheben und anschneiden, so dass die Spaltung desselben dann leicht war.

Inhalt des Bruchsacks.

1. In mehreren Fällen floss beim Anschneiden des Bruchsacks keine Spur von Flüssigkeit aus, dagegen ergoss sich in einigen nach dem Débridement eine nicht unbeträchtliche Menge Serum aus der Bauchhöhle. Mit Fäces gemischt war das Bruchwasser in 5 Fällen, die zu anus praeternaturalis führten. Bei dem sechsten Falle von anus praeternaturalis (Nr. 40) roch das Bruchwasser nicht faecu-

lent. Es trat vielmehr erst am neunten Tage nach der Operation Koth durch die Wunde aus, nachdem einige Tage hindurch das Wundsecret den Geruch von Faeces gehabt hatte.

2. Netz fand sich in dem Bruchsack in drei Fällen vor, ohne eine eingeklemmte Darmschlinge. Es sind dies die Fälle Nr. 15, 22, 23. Das Netz war in allen Fällen degenerirt, derb, klumpig, mit dem Bruchsack verwachsen, die Farbe dunkelviolett Im Fall Nr. 23 werden die Adhäsionen an den Bruchsack gelöst und nach mehreren Incisionen der Bruchpforte der Netzklumpen reponirt. Der Bruchsack selbst wird zum Theil ausgeschnitten. Die Symptome waren vollständig die der Darmeinklemmung, es war Stuhlverstopfung, Aufgetriebenheit des Leibes und Erbrechen vorhanden, welches stetig zunahm. Auch Kothbrechen stellte sich alsbald ein. In den beiden anderen Fällen konnte nach Erweiterung der Bruchpforte der Netzknoten nicht reponirt werden. Er wurde desshalb entfernt. Der eine von diesen beiden Fällen (Nr. 22) verlief tödtlich.

3. Netz und Darm war im Bruchsack in 8 Fällen vorhanden (Nr. 1, 5, 7, 10, 18, 24, 28, 35), 5 von diesen Fällen verliefen tödtlich, darunter einer (Nr. 1) mit Bildung eines anus praeternaturalis. In diesem Falle bestand seit langer Zeit eine doppelseitige Schenkelhernie, von denen die linke die Grösse einer Kindsfaust hatte und irreponibel war. Dieselbe klemmte sich ein. Die Operation erfolgte 2 Tage nach der Einklemmung. Im Bruchsack befand sich ein fester Netzklumpen, dessen Venen durch Pfröpfe verstopft waren und beim Anschneiden nicht bluteten. Nach Entfernung desselben sah man im Grunde des Bruchsacks eine puriforme, mit Fäcalmassen gemischte Flüssigkeit, in der eine Dünndarmschlinge lag. Der Tod erfolgte am siebenten Tage nach der Operation.

Im Falle Nr. 18, in welchem die Operation 3 Tage nach der Einklemmung gemacht wurde, gelang es, Netz und

Darm nach Loslösung der Adhaerenzen an den Bruchsack und nach Erweiterung der Bruchpforte in die Bauchhöhle zurückzuschieben. Die Heilung ging ganz gut von Statten, aber die 69 Jahre zählende Patientin starb am 34. Tage nach der Operation an Marasmus.

In dem ebenfalls lethal verlaufenen Falle Nr. 28 musste mit dem Netz der grösste Theil des Bruchsacks wegen zu fester Verwachsung ausgeschnitten werden. Die Section ergab allgemeine Peritonitis mit geringer Verklebung der Gedärme und eitrigem Exsudat. Perforation an der eingeklemmten Darmschlinge war nicht eingetreten.

Perforation der Darmschlinge war jedoch Todesursache in dem Falle Nr. 5. Es fanden sich hier:

1. eine hernia inguinalis dextra externa,
2. eine grosse hernia scrotalis sinistra,
3. eine hernia cruralis dextra.

Letztere war eingeklemmt in Folge des Hebens einer Last; sie hatte die Grösse eines halben Gänseeies. Den Bruchsack füllte röthliches Serum, ein an den Wunden des Sacks fest adhärirender Netzklumpen, in dessen Venen das Blut coagulirt war, so dass dieselben beim Anschneiden nicht bluteten, und endlich eine Dünndarmschlinge von der Grösse einer Baumnuss. Netz mit dem Bruchsack wurden entfernt, die Dünndarmschlinge nach einer Incision der Bruchpforte nach oben reponirt. Der Tod erfolgte 2 Tage nach der Operation; die Section ergab Peritonitis, in der Bauchhöhle Eiter und Darminhalt. Die eingeklemmt gewesene Darmschlinge zeigte eine Perforation.

In dem fünften tödlich verlaufenen Falle von Netzdarmbruch trat der Tod 14 Tage nach der Operation ein. Auch hier wurde das Netz abgeschnitten. Die Patientin war 67 Jahre alt; über die specielle Todesursache liegt nichts Bestimmtes vor.

Bei den drei günstig verlaufenen Fällen von Netzdarmbruch wurde ebenfalls in 2 Fällen das degenerirte Netz

entfernt, die Heilung nahm in dem einen (Nr. 7) 38 Tage, in dem andern (Nr. 24) 22 Tage in Anspruch. In dem dritten (Nr. 35) liess sich das Netz nach ergiebigem Débridement in die Bauchhöhle zurückbringen und verliess Patientin 16 Tage nach der Operation als geheilt die Anstalt.

4. In den übrigen 29 Fällen fand sich in dem Bruchsack, abgesehen von dem Bruchwasser, nur Darm vor. Die vorliegende Darmschlinge variirte in ihrer Grösse sehr, bald war sie sehr gross, bald sehr klein, Darmwandbrüche sind jedoch keine dabei gewesen, sondern es lag stets eine ganze Schlinge vor. Die Veränderungen an der eingeklemmten Schlinge waren je nach der Dauer und dem höheren oder geringeren Grade der Einklemmung verschieden. Die Farbe derselben ist bald als roth, bald als violett, blau, braun, schwarz oder grau, missfarbig bezeichnet, in anderen Fällen im Gegentheil sind an derselben mehr helle Stellen beschrieben, meist an der Stelle der Einschnürung, weiss oder hellgrau, die sich von den umgebenden Parthien scharf absetzen. In dem Falle Nr. 36 war die eingeklemmte Darmschlinge an der unteren Seite schwarz, während sie auf der oberen Seite mehrere gelbe oder graue Flecken zeigte und namentlich ein kleines Hügelchen, welchem das Peritoneum fehlte. Zwischen dem Bruchsack und dieser Darmschlinge befand sich Eiter in geringer Menge. Die Darmschlinge wurde liegen gelassen, das ligamentum Poupartii ergiebig eingeschnitten. Es bildete sich bald ein anus praeternaturalis, der zu seiner Heilung beinahe 7 Monate in Anspruch nahm. Nachdem derselbe sich von selbst bis auf Erbsengrösse, durch Aetzen bis auf Stecknadelknopfgrösse reducirt hatte, verliess Patientin sua sponte das Spital.

Mit dem Bruchsack verklebt, wenn auch nicht fest verwachsen, war die incarcerirte Darmschlinge in mehreren Fällen, wo die Lösung der Adhaerenzen Reposition ermöglichte.

Ausserdem sind unter obigen 29 Fällen noch 3 zu er-

wähnen, in welchen sich bei der Operation die vorliegende Darmschlinge als gangraenös erwies. Der erste (Nr. 6) betrifft eine 45jährige Frau, die wegen Kothbrechens bereits 10 Tage lang behandelt worden war. Der Leib war aufgetrieben, bei stärkerem Druck kaum schmerzhaft. Häufiges Aufstossen, Erbrechen. In der rechten Leistengegend befand sich eine weiche, schmerzlose Geschwulst, die wegen ihres tiefen Sitzes kaum für eine hernia cruralis gehalten werden konnte. Es wurde auf diese Geschwulst eingeschnitten, und nach einigen (seichten?) Messerzügen drang Darminhalt aus der Wunde hervor. Die Einklemmung blieb unberührt. Es wurde beölte Charpie in die Wunde gelegt. In den folgenden Tagen entleerte sich viel Koth aus der Wunde; es fand auch mehrmals Erbrechen statt; Stuhlgang trat nicht ein. 8 Tage nach der Operation Tod. Der Leib war bis wenige Stunden vor dem Tode schmerzlos geblieben. Die Section ergab in der Bauchhöhle eine Menge Kothmasse; dicht über der Bruchpforte zeigte die eingeklemmte Darmschlinge eine kleine Perforation.

In dem zweiten Falle (Nr. 25) bestand die Einklemmung angeblich etwa 9 Tage. Kothbrechen seit einigen Tagen. Der Bruchsack erweist sich hellgrau, matsch, zerreisslich, in demselben Eiter, Koth, Bruchwasser gemischt, Darmschlinge graubraun. Der Bruchsackhals mit dem Darm verklebt; die Adhaerenzen werden gelöst und die Darmschlinge ein wenig hervorgezogen, nachdem 3 seichte Einschnitte in die Bruchpforte gemacht sind. An der Darmschlinge zeigt sich entsprechend dem Bruchsackhalse eine stecknadelknopfgrosse Perforation. Am vierten Tage nach der Operation tritt der Tod ein.

Von dem dritten Falle, welchen ich selbst zu sehen Gelegenheit hatte, lasse ich hier die Krankengeschichte folgen (Nr. 41):

Henriette R., 51 Jahre alt, bekam am 17. 10. 71 Abends Schmerzen im Leibe, die sie als krampfartig be-

zeichnet. Sie weiss keine nähere Veranlassung für das Auftreten dieser Schmerzen anzugeben, und will dieselben bekommen haben, während sie ruhig am Nähtische sass. Die Anamnese ergibt ferner, dass Patientin schon seit 7 Jahren an einem rechtsseitigen Schenkelbruch leidet, aber sie will nie irgend welche Beschwerden davon gehabt, auch nie ein Bruchband getragen haben. Da am 17. 10. die Schmerzen zunahmen, sich in der folgenden Nacht steigerten, so fühlte sich Patientin bewogen, am 18. 10. einen Arzt zu Rathe zu ziehn. Demselben erzählte sie ihre Beschwerden, auch dass sie in der vergangenen Nacht mehrmals Erbrechen gehabt habe. Stuhlgang hatte sie Tags vorher keinen mehr gehabt. Der Arzt verordnete der Kranken ein Klystier von warmem Wasser und gab ihr auch Arznei. Das Klystier hatte einen breiigen Stuhl zur Folge; im Uebrigen jedoch nahmen die Schmerzen, besonders in der rechten Leistengegend zu und das Erbrechen wiederholte sich. Erst den 19. 10. wurde der Arzt auf den Bruch aufmerksam und suchte denselben zu reponiren. Dies gelang auch insofern, als die vorliegende Geschwulst bis auf einen kleinen Rest verschwand. Dann wurden warme Umschläge auf die geschwollene, geröthete Leistengegend gelegt. Dies wurde den 20. 10. hindurch fortgesetzt, aber ohne merklichen Erfolg, indem die Schmerzen, wenn auch nicht mehr so heftig, fortbestanden, und die Brechneigung sich auch nicht verlor. Am 21. 10. hörten die Schmerzen fast ganz auf, aber das Erbrechen wurde stärker, das Erbrochene enthielt Koth. Erst am 22. 10. kam Patientin matt, abgeschlagen ins Spital und zeigte folgende Symptome: In der Gegend der rechten Leiste und des rechten Schenkelringes eine geröthete, bei Druck wenig schmerzhafte Geschwulst. Die Hautdecken über derselben lassen sich nicht zu einer Falte erheben. Innere und hintere Parthie des rechten Oberschenkels ebenfalls entzündet und bei Druck schmerzhaft. Der Leib ist wenig meteoristisch aufgetrieben, gegen Druck nicht em-

pfindlich. Puls klein, leicht unterdrückbar. Patientin klagt über grosse Schwäche. Sehr häufiges Erbrechen von faeculent riechenden Massen. Es wird mit dem Clysopomp eine beträchtliche Menge Wasser eingepumpt, worauf einige harte Knoten Koth entleert werden. Nachmittags $3^1/_2$ Uhr Operation:

Schnitt über die grösste Höhe der Geschwulst, fast parallel mit dem ligamentum Poupartii. Bei schichtweisem Vordringen in die Tiefe zeigen sich Spuren von Eiter. Noch vor der Eröffnung des Bruchsacks verbreitete die Wunde einen deutlichen Geruch nach Koth. Nach Eröffnung desselben dringt eine stark faeculent riechende Flüssigkeit, gleich darauf breiige Kothmasse hervor. Die freigelegte Darmschlinge ist schwarzgrau, glanzlos; sie ist ringsherum adhaerent an der Bruchpforte. Letztere wird durch verschiedene seichte Einschnitte erweitert, die Darmschlinge bleibt an Ort und Stelle liegen. Die Wunde wird mit Charpie locker ausgefüllt, Patientin ins Bett gebracht und ihr eine Eisblase auf den Bauch gelegt.

23. 10. Aus der Wunde entleert sich ziemlich wenig Koth; keine Schmerzen, kein Appetit, grosse Schwäche. Erbrechen ist nach der Operation nicht mehr erfolgt. Diät: Milch und ein wenig Bouillon.

24. 10. Kothaustritt aus der Wunde stark. Einmaliges Erbrechen. Puls und Kräfte haben sich etwas gehoben. Fieber sehr gering. An der innern hintern Seite des Oberschenkels ist ein Abcess durchgebrochen, aus welchem sich Koth entleert.

25. 10. Kein Erbrechen mehr, sonst status idem. Das Eis wird entfernt.

26. 10. Morgens: Puls klein; Kothaustritt aus der Wunde stark. Zur Speise: Hühnerragout. Abends klagt Patientin über heftige Krämpfe in der Magengegend. Der Puls wird sehr klein, es stellt sich kalter Schweiss ein. In der folgenden Nacht erfolgt der Tod.

28. 10. Sectionsbefund: Nach Eröffnung der Bauch-

höhle drängen sich die mit Gas prall gefüllten Darmschlingen, welche oberhalb der Einklemmung liegen, hervor. Die kleineren Blutgefässe dieser Parthien sind stark injicirt. Sonst sind keine Veränderungen zu sehen. Unterhalb der Einklemmung zeigt sich der Darm leer und zusammengefallen. Der Schenkelkanal hat trichterförmige Gestalt. Nach der Bauchhöhle zu ist er weit, nach dem Oberschenkel zu wird er ziemlich eng. Die incarcerirte Darmschlinge gehörte der unteren Parthie des Dünndarms an. Die Adhaerenzen der eingeklemmten Schlinge an die Circumferenz des Schenkelringes erweisen sich als ziemlich fest. In der Bauchhöhle keine Spur irgendwelcher Flüssigkeit, geschweige denn von Darminhalt oder Eiter.

Ausser diesen 3 lethal verlaufenen Fällen hatten das gleiche Schicksal die Fälle (Nro. 30 und 37). Im letzteren trat der Tod am 2.—3. Tage nach der Operation ein; im ersteren starb die Patientin noch an demselben Tage, die vorliegende Darmschlinge war mit einem streifigen Exsudat bedeckt, vermittelst dessen sie an den Bruchsack festgeheftet war. Débridement und Reposition gingen leicht von Statten, nachdem diese lockeren Adhaerenzen zwischen Bruchsack und Darm gelöst waren. Nachmittags collabirte die Kranke und starb nach wenigen Stunden. Sectionsbefund: Bei der Eröffnung der Bauchhöhle entweicht Gas. Gedärme roth gefärbt, mit Exsudat bedeckt, vielfach verklebt. In der Gegend des linken Schenkelkanals liegt die eingeklemmt gewesene Darmschlinge, dunkelviolett, an der Stelle, welche der Bruchpforte entsprach, eine kleine Perforation. In der Bauchhöhle gelb gefärbtes, fäculentes Exsudat.

Perforation des Darmes nach geschehener Reposition und mit günstigem Verlaufe, d. h. mit Bildung eines anus praeternaturalis fand im Falle Nro. 40 statt. Die Krankengeschichte ist folgende:

Agnes S., 58 Jahre alt, leidet seit 25 Jahren an einem linksseitigen Schenkelbruch, hat jedoch nie ein Bruchband

getragen. Vor 3 Tagen ist in Folge einer Anstrengung der Bruch weiter vorgetrieben worden, als dies gewöhnlich der Fall war, und es traten die Erscheinungen der Einklemmung auf. Der Stuhlgang blieb aus, am folgenden Tage trat Erbrechen ein mit faeculentem Geruch.

21. 9. 71 Status praesens: Die Hautdecken über der Bruchgeschwulst sind geröthet, schmerzhaft, die Geschwulst selbst hat etwa Taubeneigrösse. Der Leib ist aufgetrieben, bis zum Nabel hinauf bei Druck schmerzhaft. Patientin ist ziemlich verfallen, cyanotisch, Puls klein, Fieber gering.

Operation: Hautschnitt in der Längsrichtung der Geschwulst fast parallel mit dem ligamentum Poupartii. Haut mit den unterliegenden Theilen verwachsen. Zwischen Fascie und Bruchsack einige Tropfen Eiter. Bruchwasser in minimaler Menge vorhanden. Es liegt eine Dünndarmschlinge vor von fast violetter Färbung. Darm mit dem Bruchsack stark verwachsen; die Verwachsungen lassen sich mit dem Finger lösen. Bruchpforte eng, sie wird nach oben und innen an mehreren Stellen eingeschnitten, worauf es gelingt, die Darmschlinge zurückzubringen. Die Wunde wird zum Theil durch die Naht geschlossen, Patientin zu Bett gebracht und eine Eisblase auf den Bauch gelegt Flüssige Nahrung.

22. 9. Erbrechen ist nach der Operation nicht mehr eingetreten. Stuhlgang heute Nachmittag von selbst erfolgt. Leib bei Druck noch immer schmerzhaft.

24. 9. Schmerzhaftigkeit des Bauches gering. Mehrmals des Tages Durchfall. Appetit etwas besser. Nahrung noch immer flüssig. Wunde etwas unrein. Verbinden derselben mit Chlorkalkwasser. Innerlich 10 Tropfen Opiumtinctur.

27. 9. Schmerzhaftigkeit des Bauches gering; ab und zu noch immer Durchfall, der mit Opiumtinctur gestillt wird. Wunde sehr unrein. Es stossen sich gangraenöse Fetzen aus derselben ab. Fieber gering.

30. 9. Aus der Wunde tritt Koth aus, dabei ist die Schmerzhaftigkeit des Leibes sowie das Fieber vollständig verschwunden.

4. 10. Es kommen etwas grössere Mengen Koth aus der Wunde. Der Appetit ist gut. Stuhlgang unregelmässig; ab und zu Durchfall, der sich durch Opiumtinctur stillen lässt.

10. 10. Aus der Wunde kommen jetzt sehr wenig Faeces und etwas Schleim. Die Wunde beginnt zu verheilen. Stuhlverstopfung wird durch einen Esslöffel Ricinusöl gehoben.

15. 10. Appetit gut. Die Kräfte der Kranken heben sich. Die üppigen Granulationen der Wunde werden mit dem Höllensteinstifte betupft. Die Wunde entleert noch an einer kleinen Stelle etwas Darmschleim.

20. 10. Darmcontenta treten aus der Wunde nicht mehr aus.

Am 5. 11. verlässt Patientin die Anstalt.

Werfen wir einen Blick auf die Zeitdauer, welche in den normal verlaufenen Fällen zur Heilung nöthig war, um die Heilung zu bewerkstelligen, so finden wir hier sehr verschiedene Zahlen. Mehrere Fälle verliefen nach der Operation so schnell, dass die Patienten in der 3. Woche, einige 16 Tage nach der Operation als geheilt entlassen werden konnten. Bei der Mehrzahl nahm die Heilung 4—5 Wochen in Anspruch. In 2 Fällen waren 67 resp. 76 Tage erforderlich. 27 Fälle normal verlaufener operirter Schenkelhernien erforderten im Ganzen 879 Tage zur Heilung, was eine Durchschnittszahl von 32—33 Tagen ergibt.

Nachbehandlung der Operirten.

Die Kost der Operirten besteht nach der Operation und auch in den folgenden Tagen in flüssigen Substanzen, etwas Bouillon mit Ei, Milch mit Zwieback, Hühnerbrühe, Chocolade, etwas Wein. Erst später, nachdem wieder ziemliche Regelmässigkeit im Stuhlgang eingetreten ist, wird zu

den leicht verdaulichen Fleischspeisen, Kalbfleisch, Hühnerragout etc. übergegangen. Stuhlverstopfung wurde mit Clystieren, oder durch Calomel, Ol. Ricini etc. gehoben; Durchfälle durch Opiumtinctur, Mixtura gummosa, emulsio semin. papaveris gestillt. Gegen Erbrechen kamen Eispillen in Anwendung, gegen Schmerz äusserlich Unguentum cinerum, Salbe mit extr. belladonnae oder extr. hyoscyami, innerlich liquor belladonnae cyanicus. Das Fieber erreichte in keinem Falle eine bedrohliche Höhe. In den meisten Fällen war die höchste Temperatur 38—38,6; in einigen wenigen stieg sie bis zu 39,5.

Aus dem Vorhergehenden erhellt, dass von 40 mit Eröffnung des Bruchsacks operirten Schenkelhernien man höchstens in den 4 lethal verlaufenen Fällen Nro. 10, 22, 28, 37 daran denken könnte, dass die 2malige Verletzung des Peritoneum (1. bei Eröffnung des Bruchsacks, 2. bei Erweiterung der Bruchpforte) durch allgemeine Peritonitis den Tod herbeigeführt habe, ein Haupteinwand, den man gegen dieses Operationsverfahren gegenüber der Petit'schen Operation geltend gemacht hat. Indessen wird dies wiederum in 3 von obigen 4 Fällen höchst zweifelhaft, da in dem ersten derselben Nro. 10 der Tod erst 14 Tage nach der Operation erfolgte; in den beiden anderen Nro. 22 und 28 die allgemeine Peritonitis sich wohl eher von dem Abschneiden des vorliegenden Netzes, als von der Verletzung des Bruchsacks ableiten lässt.

Ungünstiger verhält es sich mit den Leistenhernien. Von 10 Operirten starben 6; darunter war ein anus praeternaturalis und in 2 Fällen musste hier ebenfalls das vorliegende Netz entfernt werden, so dass in den 3 übrig bleibenden die Peritonitis als Folge der Verletzung des Bruchsacks gedeutet werden kann.

Die Frage, ob die Operation ohne Eröffnung des Bruchsacks in den Fällen, in welchen sie überhaupt gemacht werden kann, gemacht werden soll, oder ob man unter

allen Umständen den Bruchsack eröffnen solle, ist noch nicht endgiltig entschieden. Beide Operationsverfahren haben ihre Nachtheile. Als Hauptgründe gegen die Petit'sche Operation hat man geltend gemacht:

1. Die Schwierigkeit des Verfahrens;
2. die Möglichkeit einer Massenreduction;
3. die Möglichkeit der Reposition einer gangränösen Darmschlinge.

Anderseits hat man gegen das Verfahren mit Eröffnung des Bruchsacks hervorgehoben:

1. Die Möglichkeit eines Blutergusses in die Bauchhöhle nach etwaiger Verletzung der arteria epigastrica, obturatoria oder eines Astes dieser Arterien.

2. Die Gefahren, welche durch die Einwirkung der äusseren Luft auf die blossgelegten Gedärme entstehn. Die nachträgliche Perforation der reponirten Darmschlinge soll dadurch häufiger vorkommen, als bei der Pesit'schen Operation.

3. Peritonitis in Folge der zweimaligen Verletzung des Bauchfells, beim Anschneiden des Bruchsacks und beim Erweitern der Bruchpforte.

Die Lösung dieser Frage ist nur möglich auf dem Wege einer genauen Statistik. Dass nach der Petit'schen Operation viel weniger Fälle lethal verlaufen, als nach der mit Eröffnung des Bruchsacks, ist selbstverständlich; denn die Petit'sche Operation darf nur in den Fällen in Anwendung kommen, in welchen man sicher ist, dass die eingeklemmte Darmschlinge noch nicht gangränös ist, und diese Fälle geben überhaupt die beste Prognose.

Aus den vorhergehenden 4 Tabellen lassen sich folgende Durchschnittszahlen ableiten:

I. Für incarcerirte Leistenhernien.

a) Mortalität i. Allgem. $\frac{6.100}{22} = 27{,}27\%$ { b. Männern 22,22% / b. Weibern 50 % }

b) Reposition . . $\frac{12.100}{22} = 54{,}55\%$ { b. Männern 66,67%

c) Operation . . $\frac{10\,100}{22} = 45{,}45\%$ { b. Männern 33,33% / b. Weibern 100 %

d) Mortalität d. Operirt. $\frac{6.100}{10} = 60\ \%$ { der Männer 66,67% / der Weiber 50 %

e) Eintritt des Todes nach der Operation im Durchschnitt am 3. Tage.

f) Durchschnittl. Alter der Patienten im Allgemeinen 42,23 J. { bei Männern 40,89 J. / bei Weibern 48,25 J.

g) Durchschnittliches Alter der Reponirten 45,33 Jahre.

h) Durchschnittl. Alter der Operirten 38,5 J. { bei Männern 32 J. / bei Weibern 48.25 J.

i) Durchschnittl. Alter der Gestorbenen 28,5 J. { der Männer 22,75 J. / der Weiber 40 J.

II. Für incarcerirte Schenkelhernien.

a) Mortalität i. Allgem. $\frac{11.100}{49} = 22{,}45\%$ { b. Männern 50 % / b. Weibern 20 %

b) Reposition . . $\frac{8\,100}{49} = 16{,}33\%$ { b. Männern 25 % / b. Weibern 15,56%

c) Operation . . $\frac{41{,}100}{49} = 83{,}67\%$ { b. Männern 75 % / b. Weibern 84,44%

d) Mortalit. d. Operirt. $\frac{11\,100}{41} = 26{,}83\%$ { d. Männer 66,67% / d. Weiber 23,68%

e) Eintritt des Todes nach der Operation im Durchschnitt am 7. Tage.

f) Durchschnittl. Alter der Patienten im Allgemeinen 52,45 J. { der Männer 64,25 J. / der Weiber 51,4 J.

g) Durchschnittl. Alter der Reponirten 53,38 J. { der Männer 65 J. / der Weiber 51,71 J.

h) Durchschnittl. Alter der Operirten 52,27 J. { der Männer 64 J. / der Weiber 51,34 J.

i) Durchschnittl. Alter der Gestorbenen 58,82 J. { der Männer 62,5 J. / der Weiber 58 J.

Schliesslich erfülle ich eine angenehme Pflicht, meinem Onkel, dem Geheimen Sanitätsrath Dr. Fischer für die freundliche Ueberlassung des Materials, sowie seinen Assistenz-Aerzten, den Herren Dr. Langen und Dr. Wolfs für die mir gewährte Unterstützung Behufs Sammlung und Sonderung desselben meinen tiefgefühlten Dank auszusprechen.

VITA.

Geboren wurde ich am 31. October 1848 zu Euskirchen, einem kleinen Städtchen des Regierungsbezirks Cöln, woselbst mein Vater Heinrich August Fischer Kaufmann ist. Meine Mutter Julie, geb. Fomm, starb ebendaselbst im Jahre 1856. Den ersten Unterricht genoss ich in der kleinen evangelischen Schule zu Euskirchen, welche ich im Jahre 1860 verliess, um in die Quinta der dortigen höheren Bürgerschule überzugehn. Letztere absolvirte ich in 3 Jahren, besuchte darauf 2 Jahre lang die Secunda des Gymnasiums zu Duisburg, fernere 2 Jahre die Prima des Gymnasiums zu Wetzlar, wo ich im Herbst 1867 das Zeugniss der Reife erhielt. Von meinen Studienjahren verbrachte ich die beiden ersten in Bonn, bestand daselbst im Sommer 1869 das Tentamen physicum, und ging im Herbst desselben Jahres nach Würzburg, wo ich im 5. und 6. Semester die Kliniken besuchte. Im Winter 1870—71 war ich in Frankreich als Unterarzt; den Sommer 1871 ging ich wieder nach Würzburg und kehrte im Herbst dieses Jahres nach Bonn zurück.

Als Lehrer während meiner Studienzeit verehre ich die Herren Professoren Doctoren:

Bamberger, Busch, Doutrelepont, Geigel, Hanstein, Keculé, Linhart, Pflüger, Plücker, Recklinghausen, Rindfleisch, Rinecker, Rühle, Saemisch, Scanzoni, Schaaffhausen, Schultze, de la Valette, Welz, Dr. Köster, Dr. Hilger, Dr. Müller, Dr. Stöhr.

THESEN.

1. Wenn bei Struma die Luftwege comprimirt werden, so sind Versuche mit Einspritzungen von Tinctura Jodi in die Geschwulst hinein zu machen.

2. Bei Schenkelhalsbrüchen alter Leute ist die Behandlung mit dem Triclinum mobile jeder andern Behandlung vorzuziehen.

3. Die Radicaloperation der Schenkel- und Leistenhernien soll der Arzt dem Patienten nicht anrathen.